

## АНКЕТА КЛИЕНТА

Г. \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_

Г.

Настоящая анкета предназначена для сбора информации о здоровье и физической форме клиента в целях определения средств и методов наиболее успешного и безопасного оказания данному клиенту физкультурно-оздоровительных услуг исполнителем соответствующих услуг. Одновременно сведения, указанные клиентом в настоящей анкете, служат для определения возможности оказания физкультурно-оздоровительных услуг данному клиенту, а также для определения необходимости предварительного получения клиентом медицинского заключения о допуске к занятиям физической культурой.

Ф. И. О. анкетированного клиента (полностью): \_\_\_\_\_

Дата рождения клиента: \_\_\_\_\_

## ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ И ФИЗИЧЕСКОЙ ФОРМЫ КЛИЕНТА

### РАЗДЕЛ 1. НАЛИЧИЕ ПОТЕНЦИАЛЬНО ОПАСНЫХ СУБЪЕКТИВНЫХ ОЩУЩЕНИЙ

В настоящее время имеются:

- |   |                             |                              |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| 1.1. Дискомфорт или боли в груди при нагрузке или в покое; боль в левой половине нижней челюсти/шеи, левой руке | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 1.2. Неприятное ощущение сильного или нерегулярного сердцебиения при нагрузке или в покое                       | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 1.3. Одышка при небольшой нагрузке или в покое  | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 1.4. Потемнения в глазах, головокружения, обмороки, потеря равновесия   | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 1.5. Отечность лодыжек  | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 1.6. Чувство жжения, боль, судороги в нижних конечностях при ходьбе на малые дистанции                          | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 1.7. Другие известные клиенту причины, по которым ему следует ограничить физическую активность                  | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |

*Если клиент ответил «да» на любой вопрос в Разделе 1, для начала или возобновления тренировок он должен пройти медицинский осмотр и получить медицинское заключение о допуске к занятиям физической культурой*

### РАЗДЕЛ 2. ПРИВЫЧНЫЙ УРОВЕНЬ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ

В течение как минимум последних 3 (трех) месяцев проводятся регулярные тренировки длительностью не менее 30 минут в день, интенсивностью не ниже умеренной, с частотой не менее 3 (трех) раз в неделю  да  нет

### РАЗДЕЛ 3. НАЛИЧИЕ ДИАГНОСТИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Были в прошлом или есть в настоящее время:

- |  |                             |                              |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| 3.1. Инфаркт миокарда  | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.2. Катетеризация сердца, коронарная ангиопластика, операции на сердце, трансплантация сердца | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.3. Нарушения сердечного ритма, кардиостимулятор/имплантируемый сердечный дефибриллятор       | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.4. Врожденные пороки сердца, патологии сердечных клапанов, сердечная недостаточность         | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.5. Сахарный диабет   | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| 3.6. Заболевания почек   | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |

*Если клиент ответил «да» в Разделе 2 и одновременно ответил «да» хотя бы на один вопрос в Разделе 3, тренировки легкой или умеренной интенсивности можно начинать или продолжать без проведения медицинского осмотра и получения медицинского заключения о допуске к занятиям физической культурой. Но допуск к тренировкам высокой интенсивности производится только на основании медицинского заключения.*

*Если клиент ответил «нет» в Разделе 2 и одновременно ответил «да» хотя бы на один вопрос в Разделе 3, допуск к любым тренировкам производится только на основании письменного медицинского заключения.*

Ф. И. О. клиента \_\_\_\_\_ Подпись клиента \_\_\_\_\_

#### РАЗДЕЛ 4. ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ

- 4.1. Знаете ли Вы свое обычное артериальное давление? Если да, укажите его:  да  нет
- 4.2. Имеются ли у Вас изменения нормального уровня глюкозы в крови? Если да, укажите свой уровень:  да  нет
- 4.3. Имеются ли у Вас заболевания мочевыделительной системы? Если да, перечислите:  да  нет
- 4.4. Имеются ли у Вас заболевания дыхательной системы? Если да, перечислите:  да  нет
- 4.5. Имеются ли у Вас заболевания пищеварительной системы? Если да, перечислите:  да  нет
- 4.6. Имеются ли у Вас онкологические заболевания? Если да, перечислите:  да  нет
- 4.7. Имеются ли у Вас заболевания периферических сосудов? Если да, перечислите:  да  нет
- 4.8. Были ли у Вас травмы и хирургические операции? Если да, то какие и когда?  да  нет
- 4.9. Имеются ли у Вас остеопороз, проблемы со спиной и суставами? Если да, перечислите:  да  нет
- 4.10. Принимаете ли Вы в настоящее время лекарства? Если да, перечислите:  да  нет
- 4.11. Беременны ли Вы? Если да, укажите срок беременности:  да  нет
- 4.12. Были ли у Вас роды в последние 6 месяцев? Если да, были ли осложнения до, во время и после родов (перечислите)?  да  нет
- 4.13. Есть ли у Вас заболевания, не упомянутые в этой анкете? Если да, перечислите:  да  нет
- 4.14. Соблюдаете ли Вы диету? Если да, то какую?  да  нет
- 4.15. Были ли у Вас в прошлом занятия, связанные с двигательной активностью (спорт, фитнес, танцы, йога и пр.)? Если да, то какие и когда?  да  нет
- 4.16. Есть ли у Вас в настоящее время занятия, связанные с двигательной активностью (спорт, фитнес, танцы, йога и пр.)? Если да, перечислите:  да  нет
- Укажите стаж занятий:
- Укажите привычный уровень нагрузки (подчеркните нужное):
- < 2 занятий в неделю, занятия нерегулярные, нагрузки от незначительных до умеренных;
  - 2–3 занятия в неделю, занятия достаточно регулярные, нагрузки от умеренных до значительных;
  - ≥ 3 занятий в неделю, занятия регулярные, нагрузки от значительных до предельных.
- 4.17. Имеются ли признаки, которые позволяют заподозрить недовосстановление или перетренированность (длительная усталость/ощущение утренней разбитости после тренировок, снижение работоспособности, раздражительность или перепады настроения, сильное нежелание тренироваться, нарушения сна)? Если да, подчеркните нужное.  да  нет
- 4.18. Имеются ли особенности режима работы и отдыха, которые могут повлиять на переносимость нагрузок и восстановление после них (сменный/ненормированный рабочий день, частые авралы на работе, невозможность полноценного сна, проблемы с регулярным питанием и пр.)? Если да, подчеркните нужное или перечислите:  да  нет
- 4.19. Имеются ли не отраженные в анкете моменты, которые могут вызвать трудности при проведении тренировок/тестов на физическую подготовленность? Если да, перечислите:  да  нет

Сведения, указанные в Разделе 4, необходимы для подбора эффективной и безопасной программы тренировок.

Ф. И. О. клиента \_\_\_\_\_ Подпись клиента \_\_\_\_\_